IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Obrony Narodowej**
(nr 59)
z dnia 23 lutego 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Obrony Narodowej (nr 59)

23 lutego 2022 r.

Komisja Obrony Narodowej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Jacha (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Obrony Narodowej na temat funkcjonowania systemu wojskowej służby zdrowia i planowanych inwestycji w tym obszarze;

– informację Ministra Obrony Narodowej na temat wniosków i doświadczeń z walki z epidemią COVID-19;

– sprawy bieżące.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Skurkiewicz** sekretarz stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej wraz ze współpracownikami, gen. dyw. **Sławomir Owczarek**, inspektor rodzajów wojsk w Dowództwie Generalnym Rodzajów Sił Zbrojnych, gen. dyw. **Grzegorz Gielerak** dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego oraz **Emilia Kunikowska** asystentka przewodniczącego Komisji Obrony Narodowej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Kamil Strzępek, Jacek Zientarski** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram 59. posiedzenie Komisji Obrony Narodowej, zwołane na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu, które prowadzone będzie z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

Witam przybyłych posłów i wszystkich, którzy uczestniczą w posiedzeniu, również w trybie online. Witam przedstawicieli Ministerstwa Obrony Narodowej, pana ministra Wojciecha Skurkiewicza, sekretarza stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej, panią Aurelię Ostrowską, dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej. Witam pana gen. dyw. Grzegorza Gieleraka, dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego. Witam pana gen. dyw. Sławomira Owczarka inspektora rodzajów wojsk w Dowództwie Generalnym Rodzajów Sił Zbrojnych oraz panią Ilonę Śniegulę, naczelnika Wydziału ds. Parlamentarnych w Biurze Ministra Obrony Narodowej.

Jednocześnie informuję, że posłowie – członkowie Komisji – obecni na sali obrad głosują przy użyciu urządzenia do głosowania za pomocą legitymacji poselskiej, którą należy przyłożyć z lewej strony mikrofonu. Wówczas nie logują się w systemie komunikacji elektronicznej i nie używają tabletów.

W tej chwili przystąpimy do stwierdzenia kworum. Proszę państwa posłów o naciśnięcie jakiegokolwiek przycisku w celu potwierdzenia obecności na posiedzeniu. Dziękuję.

Stwierdzam, że głosowało 34 posłów. Stwierdzam kworum.

Porządek dzienny obejmuje następujące tematy: I. „Rozpatrzenie informacji ministra obrony narodowej na temat funkcjonowania systemu wojskowej służby zdrowia i planowanych inwestycji w tym obszarze”, II. „Rozpatrzenie informacji ministra obrony narodowej na temat wniosków i doświadczeń z walki z epidemią COVID-19”, III. Sprawy bieżące. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu uznam, że przyjęliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Posiedzenie Komisji jest realizowane w formie wideokonferencji w systemie Whereby. Udział posłów oraz gości zewnętrznych ogranicza się do kliknięcia w link i połączenia z pokojem wideokonferencyjnym, zgodnie z załączonymi instrukcjami. Transmisja na żywo dostępna jest w aplikacji do głosowania oraz na stronie sejmowej www.sejm.gov.pl. Chęć zabrania głosu zgłasza się mailem na adres kobn@sejm.gov.pl lub poprzez czat w aplikacji

Whereby, po zalogowaniu się do pokoju wideokonferencyjnego. Linka proszę używać w przypadku aktywnego uczestnictwa w posiedzeniu Komisji, np. w przypadku chęci zabrania głosu w trakcie posiedzenia. W innym przypadku posiedzenie Komisji można śledzić z poziomu transmisji na stronie internetowej Sejmu.

Pragnę również przypomnieć, że na posiedzeniu Komisji w dniu 13 lutego 2020 r. przyjęliśmy propozycję prezydium Komisji w sprawie ograniczenia czasu wystąpień na naszych posiedzeniach. Pierwsze wystąpienie posła może trwać maksymalnie 10 minut, a każde kolejne 5 minut. Proszę o przestrzeganie tych limitów czasowych, żeby nasza dyskusja na posiedzeniach Komisji była uporządkowana i rzeczowa.

A teraz bardzo proszę pana ministra o przedstawienie informacji na pierwszy temat, po czym przeprowadzimy dyskusję. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej Wojciech Skurkiewicz:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jeśli pan przewodniczący pozwoli, moglibyśmy oba punkty rozpatrywać łącznie. To na pewno usprawniłoby przedstawienie informacji, bo jedna z drugą się wiąże. Pierwsza odnośnie do funkcjonowania samej wojskowej służby zdrowia jest informacją wyłącznie syntetyczną. Tutaj na pewno jest wiele kwestii dotyczących sytuacji covidowych, zaangażowania naszych podmiotów, dla których Ministerstwo Obrony Narodowej jest organem tworzącym, jak również tych spostrzeżeń, które mamy – szczególnie ma je Wojskowy Instytut Medyczny – i doświadczeń z misji zagranicznych, które były realizowane. Później były one przelane na działania i procedury wewnątrzkrajowe. Jeśli pan przewodniczący by pozwolił, a Wysoka Komisja nie miałaby nic przeciwko temu, prosiłbym o łączne rozpatrywanie tematów.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu przyjmę, że Komisja wyraża zgodę na propozycję pana ministra. Nie słyszę, więc bardzo proszę, panie ministrze. Słuchamy.

Sekretarz stanu w MON Wojciech Skurkiewicz:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, w pierwszych słowach chciałem bardzo serdecznie podziękować Wysokiej Komisji za podjęcie tego tematu, ale również za zaangażowanie we współpracę w tym bardzo ważnym i bardzo wrażliwym obszarze wojskowej służby zdrowia. To jest dla nas bardzo ważne. To wsparcie jest dla nas szczególnie istotne. Za to na wstępie chciałbym serdecznie państwu podziękować.

Wysoka Komisjo, szanowni państwo, w resorcie obrony narodowej za wojskową służbę zdrowia odpowiada Departament Wojskowej Służby Zdrowia, który w imieniu ministra obrony narodowej sprawuje nadzór nad wojskowymi podmiotami leczniczymi. Nasze zasoby – zasoby wojskowej służby zdrowia – to 115 podmiotów, do których należą 22 szpitale, w tym 4 szpitale kliniczne, 11 szpitali wojskowych, 3 instytuty i 4 wojskowe szpitale uzdrowiskowo-rehabilitacyjne, a także 29 wojskowych przychodni specjalistycznych, 36 wojskowych pracowni psychologicznych, 5 wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej – to jest obszar porównywalny do cywilnego obszaru sanepidów, mówiąc kolokwialnie – 8 stacji krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a także 15 wojskowych komisji lekarskich.

Ponadto w naszych podmiotach funkcjonuje 32 konsultantów, w tym 13 konsultantów krajowych w dziedzinie obronności i 19 konsultantów wojskowej służby zdrowia. W podmiotach wojskowej służby zdrowia zatrudnionych jest łącznie 17 291 pracowników, w tym 4243 lekarzy, w tym 331 lekarzy wojskowych, 13 konsultantów krajowych w dziedzinie obronności i 19 konsultantów wojskowej służby zdrowia. W podmiotach wojskowej służby zdrowia zatrudnionych jest łącznie 17.291 pracowników, w tym 4243 lekarzy, w tym 331 lekarzy wojskowych, 4585 pielęgniarek i położnych, w tym 10 pielęgniarek wojskowych, 259 ratowników medycznych, w tym 11 wojskowych ratowników medycznych i 197 psychologów, w tym 7 psychologów wojskowych. Od razu chciałbym zastrzec, że to dotyczy tych podmiotów, o których wspomniałem.

Drugim obszarem jest wojskowa służba zdrowia, która jest w bezpośredniej podległości dowódcy generalnego rodzajów sił zbrojnych. Stąd jest tu pan generał Owczarek, dowódca rodzajów wojsk, który w imieniu dowódcy generalnego odpowiada również za ten obszar. Dotyczy to wyłącznie obszaru wojskowego. Czyli są to wojskowe ambu-

latoria, ratownicy medyczni i ta służba zdrowia, która jest bezpośrednio w jednostkach wojskowych.

Szanowni państwo, w wojskowych podmiotach leczniczych doprowadziliśmy do takiej sytuacji – zresztą takie było nasze postanowienie w 2018 r. – żeby szpitale wojskowe, szpitale kliniczne, ale również pozostałe szpitale wojskowe nie były zarządzane przez dyrektorów, tylko przez komendantów. Dlatego doprowadziliśmy do takiej sytuacji, że dziś wszystkie wojskowe szpitale są zarządzane przez oficerów, przez komendantów. Wyjątek stanowi jeszcze jeden szpital – szpital wojskowy w Dęblinie. W tej chwili trwa procedura zmiany, jeżeli chodzi o kierownictwo tej placówki. Dlatego jest to ważne – i chciałbym to podkreślić – że od 2018 r. sukcesywnie odbudowujemy komendy poszczególnych szpitali wojskowych.

W bezpośrednie działania, jeżeli chodzi o działania epidemiczne związane z COVID, to znaczy opiekę nad pacjentem i badania w związku z epidemią COVID-19, średnio każdego dnia było zaangażowanych ponad 2500 osób spośród personelu medycznego. To zaangażowanie było absolutnie adekwatne do sytuacji epidemiologicznej.

Warto przy tej okazji wspomnieć też o obszarze, który jest bardzo mocno eksponowany, jeśli chodzi o cywilną służbę zdrowia. Również w wojskowej służbie zdrowia dysponujemy odpowiednią liczbą miejsc specjalizacyjnych. Mamy ich 1456 w 56 różnych obszarach medycznych. Aktualnie 510 lekarzy, w tym 343 żołnierzy zawodowych i 167 pracowników cywilnych resortu kontynuuje swoje specjalizacje. To tyle suchych danych, jeśli chodzi o samą służbę zdrowia.

Chciałbym część wystąpienia poświęcić walce naszych podmiotów, jak również żołnierzy, z covidem. Jak państwo zapewne wiedzą, bo o tym już mówiliśmy, rozmawialiśmy na posiedzeniach sejmowej Komisji Obrony Narodowej, wojskowa służba zdrowia czy wojsko, praktycznie już od pierwszego dnia pojawienia się pandemii na świecie, było w to zaangażowane. W ostatnich dniach stycznia 2020 r. rozpoczęliśmy intensywne działania, a przygotowania prowadziliśmy od grudnia 2019 r. Końcówka stycznia wiązała się w wybuchem epidemii koronawirusa w prowincji Wuhan w Chinach. Wtedy zdecydowaliśmy się na ewakuację grupy naszych obywateli. 30 Polaków zostało stamtąd ewakuowanych. Zostali przewiezieni przez Marsylię do Wrocławia. We Wrocławiu stworzyliśmy, zresztą funkcjonujący do chwili obecnej, hub na potrzeby sił zbrojnych. Wszystkie kontyngenty, wszyscy żołnierze, którzy wyjeżdżają poza granice kraju w ramach PKW i przyjeżdżają w ramach rotacji do Polski, są przyjmowani właśnie przez ten hub, stworzony na lotnisku czy przy lotnisku we Wrocławiu.

Tam przyjęliśmy też naszych pierwszych obywateli, jeżeli chodzi o osoby z podejrzeniem koronawirusa. Umieściliśmy ich w naszym szpitalu wojskowym we Wrocławiu, gdzie odbyli czternastodniową kwarantannę. Szczęśliwie 100% tych osób było zdrowych, więc to była też nasza wielka radość. Szanowni państwo, nasze działania doprowadziły do uzyskania wielu nowych zdolności, jeżeli chodzi o wojskową służbę zdrowia, na potrzeby walki z koronawirusem. Te zdolności przejawiały się w ten sposób, że utworzyliśmy 15 laboratoriów diagnostycznych w kierunku wirusa SARS-CoV2, a na początku mieliśmy tylko jedno, zlokalizowane w Wojskowym Instytucie Medycznym, którym zarządza pan generał Gielerak. Dokonaliśmy zakupu na potrzeby Ośrodka Diagnostyki i Zwalczania Zagrożeń Biologicznych WIHE w Puławach analizatora COBAS, który jest w stanie w ciągu doby wykonać 1200 badań próbek. Dla państwa informacji, jest to urządzenie, które ma bardzo szerokie spektrum badania patogenów, więc to jest naprawdę bardzo nowoczesne urządzenie, które jest nam bardzo pomocne.

Poszerzyliśmy również zdolności naszej mikrobiologicznej diagnostyki laboratoryjnej w kierunku SARS-CoV2 w trzech wojskowych ośrodkach medycyny prewencyjnej oraz w 8 szpitalach. Zbudowaliśmy zdolności do prowadzenia monitorowania zmienności genetycznej wirusa SARS-CoV2, m.in. w WIHE i w WOMP w Modlinie. Szanowni państwo, do tej pory przeprowadziliśmy 314 procesów sekwencjonowania. Zrealizowaliśmy, co jest bardzo istotne, trzy misje zagraniczne, żeby zebrać doświadczenia w walce z koronawirusem. Mam nadzieję, że pan generał Gielerak przedstawi szczegóły. Były to misje do Stanów Zjednoczonych, do Włoch, a także do Słowenii. Realizatorem tych misji był Wojskowy Instytut Medyczny. Również – co jest ważne – Departament Wojskowej Służby

Zdrowia monitorował szkolenia żołnierzy w zakresie uzyskania zdolności do wsparcia sił zbrojnych oraz organów administracji publicznej w związku z występowaniem stanu epidemii koronawirusa.

Szanowni państwo, przeszkoliliśmy w tym zakresie 100% naszej armii, 100% żołnierzy służących w polskim wojsku. To też jest ważne. Te działania prewencyjne, które podjęliśmy, okazały się bardzo ważne później, już w bezpośrednim zaangażowaniu żołnierzy w pomoc w szpitalach, pomoc w cywilnej służbie zdrowia, ale również w domach pomocy społecznej. Ponadto Departament Wojskowej Służby Zdrowia z Narodowym Centrum Bezpieczeństwa Cyberprzestrzeni i WOMP w Modlinie zbudował Moduł Zabezpieczenia Epidemicznego Zintegrowanego Wieloszczeblowego Systemu Informatycznego Resortu Obrony Narodowej, który wdrożono do eksploatacji od kwietnia 2020 r. W ramach prowadzonych dochodzeń wojskowi inspektorzy sanitarni i wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej wydali 20 tys. decyzji administracyjnych związanych z nałożeniem izolacji, kwarantanny czy nadzoru epidemicznego. To też jest wymierny efekt pracy naszych wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej.

Wojskowe szpitale i instytuty, w tym posiadające oddziały zakaźne, zostały doposażone w potrzebny sprzęt medyczny. Mam tutaj na myśli walkę z COVID, materiały medyczne, aparaturę medyczną przeznaczoną do przeciwdziałania skutkom i leczenia SARS-CoV2 oraz do leczenia chorych na COVID-19. To wsparcie otrzymały praktycznie wszystkie nasze szpitale. Co ważne, nasze szpitale i instytuty były także częścią obowiązującego modelu organizacyjnego bazy łóżkowej dla chorych na COVID. Mieliśmy obowiązek wydzielenie w naszych placówkach odpowiedniej liczby łóżek przeznaczonych dla chorych na COVID. Również w ramach prowadzonych działań przez Ministerstwa Obrony Narodowej nasze dwa szpitale – 7. Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku i 109. Szpital Wojskowy w Szczecinie – stały się szpitalami jednoimiennymi. Przy czym szpital w Gdańsku miał szczególną rolę, bo był kluczowym szpitalem koordynacyjnym dla walki z SARS-CoV2 na terenie całego województwa pomorskiego.

Szanowni państwo, utworzyliśmy szpital tymczasowy w 1. Bazie Lotnictwa Transportowego w Warszawie. Dla tego szpitala – zresztą wciąż funkcjonującego – szpitalem patronackim jest Wojskowy Instytut Medyczny. Stworzyliśmy tam 250 łóżek i 30 łóżek respiratorowych. Ten szpital uruchomiliśmy w pierwszym kwartale ubiegłego roku. Do dziś funkcjonuje. Będzie funkcjonował do 25 lutego. Zgodnie z decyzją ministra zdrowia i wojewody mazowieckiego od następnego dnia ten szpital przejdzie w formułę szpitala pasywnego. Jeżeli będzie taka konieczność, będziemy odtwarzać jego zdolności. Ponadto w ubiegłym roku uruchomiliśmy wiele szpitali tymczasowych. Był to szpital utworzony na bazie 20. Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego w Krynicy Zdroju. Było tam 168 łóżek. Szpital tymczasowy został uruchomiony w 22. Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym w Ciechocinku. 250 łóżek, w tym 60 respiratorowych. Szpitalem patronackim był 10. Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy.

Ponadto – co jest ważne i chciałbym, żeby na ten temat powiedział nieco więcej pan generał Gielerak – na bazie doświadczeń z naszych misji zagranicznych, które były realizowane głównie we Włoszech, ale również w Stanach Zjednoczonych, wybudowaliśmy 60-dziesięciołóżkowy szpital modułowy przy Wojskowym Instytucie Medycznym. W tym szpitalu 12 łóżek, to łóżka respiratorowe, aczkolwiek w przypadku pogorszenia się sytuacji epidemicznej cały szpital modułowy może być przekształcony w łóżka intensywne czy respiratorowe, bo taka była filozofia utworzenia tego szpitala. Szpital modułowy może być multiplikowany nie tylko tam, gdzie jest ustawiony, ale również w innych miejscach kraju. Budowa takich szpitali modułowych bez większego problemu może być realizowana. Takie szpitale mogą być tworzone zależnie od potrzeb służby zdrowia. Myślę, że więcej szczegółów na ten temat przedstawi pan generał Gielerak.

Szanowni państwo, ponadto przez cały czas trwania epidemii prowadziliśmy cykliczne odprawy z komendantami szpitali i z komendantami wojskowych ośrodków medycyny prewencyjną. Były również odprawy z kierowniczą kadrą pielęgniarską, z pielęgniarkami epidemiologicznymi, jak również z pełnomocnikami do spraw jakości wojskowych szpitali i instytutów. Na bieżąco zbieraliśmy informacje odnośnie do potrzeb placówek służby zdrowia. Bardzo często zdarzało się tak, że w sytuacji niedoboru chociażby materiałów medycznych

czy zabezpieczenia indywidualnego posiłkowaliśmy się – dzięki bardzo dobrej współpracy z Inspektoratem Wsparcia Sił Zbrojnych – zasobami, którymi dysponuje inspektorat. Praktycznie reagowaliśmy tu z godziny na godzinę czy z dnia na dzień.

Jeżeli chodzi o działania samego departamentu, to w czasie 2 lat walki z covidem utworzyliśmy na stronach departamentu, ministerstwa, jak również nadzorowanych podmiotów specjalne zakładki oraz strony, które miały nam pomagać w bieżącej działalności, także profilaktycznej, a także w tej pomocy, która była udzielana na bieżąco. W związku z sytuacją epidemiologiczną, w celu minimalizowania ryzyka występowania zakażeń układu oddechowego COVID-19, w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia opracowaliśmy wiele regulacji, decyzji, wytycznych, zaleceń, rekomendacji i stanowisk, które były przekazywane bezpośrednio do naszych podmiotów wojskowej służby zdrowia, jak również do podmiotów wojskowej służby zdrowia podległych dowództwu generalnemu.

Zapewnialiśmy bezpieczeństwo epidemiologiczne żołnierzy, funkcjonariuszy i pracowników resortu obrony narodowej, jak również – co jest rzeczą naturalną i normalną – ochronę zdrowia konsumentów w wojskowych obiektach żywienia zbiorowego. Czynimy to praktycznie każdego dnia w działalności wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej. Prowadziliśmy wiele działań profilaktycznych w jednostkach naszych uczelni wojskowych, jak również w centrach, ośrodkach szkolenia. Wydaliśmy wiele dokumentów w języku angielskim, które były przeznaczone dla personelu sił sojuszniczych obecnego na terenie Rzeczypospolitej. Wprowadziliśmy w życie zasady realizacji osłony przeciwepidemicznej dla pododdziałów sił zbrojnych wyjeżdżających poza granice kraju na ćwiczenia oraz szkolenia. Zapewniliśmy również bezpieczeństwo epidemiczne oficjalnych delegacji zagranicznych.

Szanowni państwo, kolejny obszar, przy którym chciałbym się na chwilę zatrzymać, to są – oczywiście – szczepienia. To jest kwestia szczepień. Zadbaliśmy o to w momencie, kiedy rozpoczęły się szczepienia, żeby zaszczepić naszych żołnierzy. W pierwszej kolejności tych, którzy przebywali na misjach zagranicznych w ramach kontyngentów wojskowych. Czyniliśmy to naszymi siłami i środkami. Jeżeli chodzi o szczepienia wśród żołnierzy, w chwili obecnej mamy wszczepionych blisko 94% stanu osobowego żołnierzy zawodowych Wojska Polskiego. To jest naprawdę bardzo, bardzo dobry wskaźnik. Mamy zaszczepionych już grubo ponad 30% tego stanu trzecią dawką – przypominającą. To odbywa się w sposób sukcesywny. Chyba, jeżeli chodzi o służby, jeżeli chodzi o obszar mundurowy, jesteśmy formacją, która jest najlepiej wyszczepiona w naszym kraju.

Szanowni państwo, oczywiście, podejmowaliśmy też wiele działań legislacyjnych. Ale państwo posłowie najlepiej wiedzą, jak w tym obszarze realizowaliśmy nasze działania, bo przecież w wielu z nich państwo uczestniczyli jako sejmowa Komisja Obrony Narodowej. Szanowni państwo, to tyle, jeżeli chodzi o COVID.

Jeszcze dosłownie trzy zdania o naszych inwestycjach, które są prowadzone, jak również o tych, które zamierzamy prowadzić w najbliższym czasie. Jeżeli chodzi o inwestycje, o zadania inwestycyjne, które były realizowane w minionych latach, były one realizowane na podstawie planu inwestycji budowlanych, jak również planu modernizacji technicznej. W ramach tych działań realizowaliśmy budowę nowego szpitala w Legionowie. Jest to filia Wojskowego Instytutu Medycznego. Dokonaliśmy nadbudowy i przebudowy szpitalnego oddziału ratunkowego w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie. Przebudowaliśmy i zmodernizowaliśmy budynek nr 10 dla potrzeb oddziału chorób zakaźnych i oddziału chorób płuc w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie. Dokonaliśmy adaptacji pomieszczeń izby przyjęć na potrzeby szpitalnego oddziału ratunkowego w 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Lublinie. Oddaliśmy do użytku zmodernizowany, bardzo nowoczesny blok operacyjny z lądowiskiem dla helikopterów, również w szpitalu w Lublinie. Wybudowaliśmy nową poliklinikę w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy. Rozbudowaliśmy budynek nr 5 i utworzyliśmy oddział chirurgii ogólnej w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach. Uruchomiliśmy pracownię hemodynamiki w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach. Wybudowaliśmy centrum szczepień w Wojskowym Ośrodku Medycyny Prewencyjnej w Modlinie. Zakupili-

śmy również – chyba jako jedni z pierwszych w Polsce – robota Da Vinci. Panie generale, tu mogę się mylić, ale proszę mnie poprawić. Robot Da Vinci jest bardzo skuteczny.

Jeśli ktoś obserwuje stronę internetową Wojskowego Instytutu Medycznego może zauważyć, że bardzo często przedstawiamy tam to, co wykonujemy dzięki robotowi Da Vinci. Jest to robot, który jest wykorzystywany przez naszych ekspertów, specjalistów z Wojskowego Instytutu Medycznego. Ponadto uruchomiliśmy dwa nowe wojskowe komisje lekarskie. Mam nadzieję, że w tym roku uruchomimy kolejną. Pani dyrektor, mam nadzieję, że to będą dwie kolejne komisje, jako że podział, jeżeli chodzi o komisje lekarskie, był bardzo ułomny. Jedna komisja lekarska na 2 województwa, to w dzisiejszych czasach jest raz, że anachroniczne, a dwa, że przeciwskuteczne. Przy zwiększeniu liczebności naboru do wojska, jak również innych obowiązkach, które mają wojskowe komisje lekarskie, ta liczba, którą dysponowaliśmy do tej pory, była absolutnie zbyt mała.

W ramach reorganizacji opieki psychologicznej nad żołnierzami dokonaliśmy relokacji naszej Centralnej Pracowni Psychologicznej. Przenieśliśmy ją z Bydgoszczy do Warszawy. Planowanych jest jeszcze wiele dodatkowych działań inwestycyjnych. Chciałbym tylko skupić się na trzech wybranych. To jest rozbudowa izby przyjęć w 116. Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Opolu, budowa nowej siedziby Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, a także rzecz, o której nie powiem, że postawiłem ją sobie za punkt honoru, ale którą chciałbym zrealizować w odniesieniu do naszego szpitala wojskowego w Ełku. Zapewnie Wysoka Komisja kojarzy, również z poprzedniej kadencji, że w związku z bardzo złym zarządzaniem szpitalem wojskowym w Ełku i olbrzymimi kłopotami finansowymi tej placówki – co wiązało się praktycznie z bankructwem – dokonano połączenia naszych szpitali. Szpital w Ełku został dołączony do 1. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Lublinie. Dziś jest to jeden organizm. Okazuje się, że podmioty lecznicze można łączyć, ale nie ma przepisów prawa, które pozwalają na podział podmiotów leczniczych, więc dziś jesteśmy w przysłowiowej kropce. Jesteśmy w stałym kontakcie z ministrem Kraską i z prezesem Nowakiem, bo nasze działania doprowadziły do tego, że szpital w Ełku już stanął na nogi, poprzez wysokospecjalistyczne zaangażowanie i rozbudowę tej placówki. Dziś bez wątpienia jako dobrze prosperujący szpital by sobie poradził. Dlatego myślę, że uda się to nam w najbliższym czasie zrealizować.

To tyle, panie przewodniczący, tytułem wstępu. Jeśli pan pozwoli, to osoby towarzyszące mogłyby uzupełnić moją wypowiedź. Najpierw pan generał Owczarek.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Pan generał Owczarek. Bardzo proszę.

Inspektor rodzajów wojsk w Dowództwie Generalnym Rodzajów Sił Zbrojnych gen. dyw. Sławomir Owczarek:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli chodzi o dowództwo generalne i wojskową służbę zdrowia, która jest w jednostkach wojskowych, mogę powiedzieć tak. W siłach zbrojnych posiadamy trzy jednostki. To jest 1. Wojskowy Szpital Polowy, 2. Wojskowy Szpital Polowy, Centrum Reagowania Epidemiologicznego i centrum szkolenia w Łodzi. Jeżeli chodzi o COVID – jak powiedział pan minister – pierwsza ewakuacja 30 obywateli od początku do końca, z dostarczeniem naszych obywateli do szpitala klinicznego i przekazania pani dyrektor Ostrowskiej. Można powiedzieć, że była kierowana, bo statki powietrzne, a także personel przewoził ich już 2 lutego 2020 r. W sumie były 3 takie misje. 8 lutego też była misja i 21 lutego. Była dość duża misja ewakuacji, a w sumie powrót naszych obywateli, którzy chcieli wrócić z Włoch do kraju, do Polski. To było 200 naszych obywateli powracających z Włoch. Można powiedzieć, że zostali przetransportowani z Włoch do ośrodka kwarantannowego, który został przygotowany i wydzielony na tę okoliczność. To był kwiecień. Od 6 do 23 kwietnia na Podkarpaciu, w Solinie.

W połowie stycznia, ok. 20 stycznia odbyło się pierwsze spotkanie, m.in. ministra Skurkiewicza z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. Tam podejmowane były decyzje co do koordynacji i wsparcia działań. Na tę okoliczność w każdym województwie powołaliśmy wojskowe zgrupowanie zadaniowe. O tym zgrupowaniu zadaniowym powiem troszeczkę później – na czym to polega i co miało w zadaniach. Utworzyliśmy 8 dezynfekcyjnych zespołów zadaniowych na bazie pułków chemicznych do dezynfekcji. Utworzyliśmy 38 grup dezynfekcyj-

nych. W każdym województwie było od 2 do 3–4 grup, w zależności od powierzchni i od wielkości infrastruktury. Wybudowaliśmy szpital kontenerowy. Nazwaliśmy to szpitalem kontenerowym. Pan minister powiedział, że to jest ten nasz hub we Wrocławiu. Można powiedzieć, że to było bardzo dobre posunięcie, które do dnia dzisiejszego umożliwia realizowanie tzw. rotacji wszystkich żołnierzy, których mamy w polskich kontyngentach wojskowych, także jeżeli chodzi o wyjazdy, wyloty i przyloty żołnierzy z ćwiczeń lub na ćwiczenia wojskowe. Tam też, po powrocie – z wielką pomocą pani dyrektor i całego personelu 4. Klinicznego Szpitala z Wrocławia – przeprowadzaliśmy komisje lekarskie. Ponadto do zespołów zadaniowych na każde województwo wydzieliliśmy pojazdy sanitarne. Wydzieliliśmy autobusy i mikrobusy do przewozu żołnierzy. W każdym ze 104 garnizonów wojskowych utworzyliśmy 200 miejsc kwarantannowych. O miejscach kwarantannowych powiem jeszcze troszeczkę później, bo zmniejszyliśmy ich liczbę. W sumie było to ok. 20 tys. miejsc. Przygotowaliśmy zespoły interwencji kryzysowych. Zespołów interwencji kryzysowych było 71. Na pewno szanowni państwo pamiętają realizację takich zadań, jak ewakuacja domów pomocy społecznej itd. To m.in. robiły te zespoły interwencji kryzysowej. To był Kalisz, Gdańsk i Rogów.

Utrzymywaliśmy i realizowaliśmy zadania przez – jak można powiedzieć – całą gamę statków powietrznych do tego przeznaczonych, począwszy od samolotów CASA, a skończywszy na śmigłowcach. Podjęliśmy także działania, jeżeli chodzi o przeszkolenie. Dzięki temu przeszkoleniu, o którym powiedział pan minister, każdy z nas – żołnierzy – był w stanie przygotować się do realizacji podstawowych czynności przy osobie chorej czy zakażonej. Można powiedzieć, że od samego początku w Centrum Reagowania Epidemiologicznego mamy laboratoria mobilne. Na początku było jedno laboratorium. Dzięki pomocy pana ministra zostało przygotowane drugie laboratorium. Dwa laboratoria mogły wykonywać czynności dotyczące badania, jeżeli chodzi o próbki. Można powiedzieć, że na początku każde laboratorium mogło niedużo zrobić na tę okoliczność. Jedno robiło 120. Razy dwa, to 240. Ale można powiedzieć, że pracowały przez tak długi czas, że wchodziło to w dziesiątki tysięcy badań. Obecnie zdolności tych dwóch mobilnych laboratoriów zostały podniesione. W tej chwili te laboratoria nie są używane. Ich personel funkcjonuje i chodzi na ul. Żelazną w Warszawie do realizacji zadań.

Jeżeli chodzi o przeszkolenie żołnierzy, to – jak powiedziałem – żołnierzy szkoliliśmy w trzech grupach. Żołnierzy szkoliliśmy w grupie z tzw. wykształceniem medycznym. Mam na myśli lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych. Druga grupa, to żołnierze bez wykształcenia medycznego, ale posiadający tytuł ratownika – ratownika pola walki, ratownika po podstawowym kursie. Trzecia grupa, to pozostali żołnierze. Praktycznie od dowódcy generalnego do ostatniego żołnierza w szyku. Mamy ich przeszkolonych. Co ważne, potrzebne nam było zwiększenie liczby osób przeszkolonych po kursie podstawowym. Wspólnie z panią dyrektor organizowaliśmy kursy w taki sposób, żeby w 10 dni zagospodarować, skierować i przeszkolić żołnierzy, żeby to podnieść. Braliśmy czynny udział – zadania były realizowane wspólnie – jeżeli chodzi o „Odporną wiosnę”, czyli o operację dowódcy Wojsk Obrony Terytorialnej czy o „Trwałą odporność”. Wsparcie policji, wsparcie szpitali…

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Panie generale, może bliżej mikrofonu. Można przesunąć mikrofon.

Inspektor rodzajów wojsk w DG RSZ gen. dyw. Sławomir Owczarek:

Wsparcie szpitali, jeżeli chodzi o wojskowe szpitale kliniczne, a także o szpitale cywilne. Można powiedzieć, że w pewnym momencie z całości sił zbrojnych było zaangażowanych od 8 do 11 tys. osób w najgorszych momentach. Jeżeli chodzi o dowództwo generalne, kierowano w granicach 4 tys. osób. W chwili obecnej utrzymuje się to na poziomie 260–320 osób. Jeżeli chodzi o szpitale tymczasowe, kontenerowe, o jednym szpitalu już powiedziałem. O szpitalu we Wrocławiu. W związku z brakiem takiego ośrodka w centralnej Polsce wybudowaliśmy drugi szpital kontenerowy. Szpital stricte przeznaczony na izolatorium, żeby można było tam kierować chorych żołnierzy. Pojemność tego szpitala, to 150 żołnierzy. W ostatniej fali, dwa tygodnie temu zajętych było 148 miejsc. W chwili obecnej to się waha w granicach 25–30 miejsc.

Jeżeli chodzi jeszcze o tzw. izolatorium, bo brakowało nam izolatoriów. Na bazie centrum szkolenia medycznego w Łodzi zostało utworzone izolatorium. Jest to izolatorium dla 150 osób, które funkcjonuje. W tej chwili jest tam w granicach 12 osób. Jeżeli chodzi o wsparcie naszej służby, wojskowej służby pani dyrektor i pana profesora Gieleraka, do szpitala w 1. Bazie – do szpitala tymczasowego – na pierwszym i na drugim etapie funkcjonowania delegowaliśmy lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, żołnierzy zabezpieczenia, a także podchorążych WCKMed. Jeżeli idzie o Wrocław, jeszcze chciałbym podać liczby. Zabezpieczenie lotów i przyjęcie lotów, to od początku do dnia dzisiejszego 404 loty. Jeżeli chodzi o przebadanie żołnierzy, to było ich 5900. Jeżeli chodzi o przebadanie personelu latającego, było to prawie 1800 osób. Jeżeli chodzi o miejsca kwarantanny, do chwili obecnej utrzymujemy 3000 miejsc kwarantanny. To są 2 albo 3 miejsca kwarantanny na województwo, żeby można je było wykorzystać dla żołnierzy czy na wsparcie poszczególnych województw, czy dla pracowników i ich rodzin. Jeżeli idzie o ośrodki kwarantanny, jak powiedziałem, utrzymywane są w dalszym ciągu.

Jeżeli idzie o zespoły dezynfekcyjne chemików, przytoczę kilka liczb. Zrealizowano 2534 zadania. Szanowni panowie, panie przewodniczący, każdorazowo przysyłamy do Sejmu chemików do realizacji zadań przed posiedzeniami. Każdorazowo przed sesją. W sumie zrealizowaliśmy praktycznie 2600 zadań. Dezynfekowaliśmy w różnych miejscach 11 tys. osób, 11 800 pojazdów, 2,8 mln, jeżeli chodzi o teren, 653 wojskowe statki. Mówiłem o ponad 400. Nie tylko nasze statki były dezynfekowane. W granicach 500 tys. ton, jeżeli chodzi o cargo. W dalszym ciągu dowództwo generalne utrzymuje siły i środki do wsparcia poszczególnych województw. Do tego dowódca generalny utrzymuje odwody tak, żeby można było reagować w stosunku do wystąpienia zagrożenia czy też wsparcia.

Chciałbym jeszcze troszeczkę powiedzieć o lekarzach, pielęgniarkach i ratownikach medycznych, którzy są w jednostkach operacyjnych. Posiadamy w granicach 263 lekarzy. Brakuje mi ich dość dużo. Brakuje mi pielęgniarek i brakuje mi ratowników medycznych. Gdzie jest wojskowa służba zdrowia? Chciałbym powiedzieć, bo to jest bardzo ważne, że w granicach 95–96% osób z tej grupy, o której powiedziałem, ma zgodę dowódców jednostek na pracę dodatkową w szpitalach. Po godzinach służbowych idą do pracy. Tę pracę realizują, tę pracę wykonują. Ponadto udzielane są zgody – tu robimy wszystko z panią dyrektor – żeby specjalizacja i szkolenie całego personelu medycznego – mam na myśli lekarzy – odbywała się, jeżeli chodzi o specjalizację, bez zakłóceń, nawet w tym trudnym momencie. Można powiedzieć, że w ciężkim momencie, jeżeli chodzi o realizację i zabezpieczenie.

Chciałbym jeszcze powiedzieć, że w chwili obecnej oprócz… Powiem tak. Każdy lot statku powietrznego musi być zabezpieczony. Każde zajęcia muszą być zabezpieczone. Na zajęciach wymagających środków ogniowych – nie środków pozoracji – musi być lekarz. To się wiąże z potężną gamą przedsięwzięć organizacyjnych. Ile przedsięwzięć organizacyjnych, ile przedsięwzięć ludzkich trzeba dać, jeżeli chodzi o personel, żeby je zabezpieczyć? Można powiedzieć, że w tej chwili personel mamy podzielony na trzy segmenty. Segment zabezpieczenia jednostek wojskowych, segment zabezpieczenia żołnierzy na granicy i tzw. segment covidowy tam, gdzie wojsko – personel medyczny i żołnierzy – kierujemy do wsparcia. Patrząc na wysiłek wojskowej służby zdrowia, ale nie tylko wojskowej służby zdrowia, bo gros oddelegowań dotyczyło żołnierzy po kursach KPP...

Panie przewodniczący, melduję, że skończyłem. Jestem w gotowości, jeżeli byłyby zapytania, pytania.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję bardzo, panie generale. Teraz pani dyrektor czy pan generał? Pan generał. Tak? To bardzo proszę. Pan generał Gielerak.

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. dyw. Grzegorz Gielerak:

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie i panowie posłowie, krótko odniosę się do tego, o czym była mowa, czyli do zaangażowania Wojskowego Instytutu Medycznego w realizację zadań związanych z walką z epidemią SARS-CoV2.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Jeszcze przepraszam, panie profesorze. Proszę państwa, warto posłuchać, bo pan generał profesor Gielerak jest chyba w tej chwili – nie chyba, na pewno – w moim najgłębszym przekonaniu największym ekspertem w aspekcie covidu. Nie tylko, ale przede wszystkim covidu. To, co nas najbardziej interesuje, to doświadczenia pana profesora z uczestnictwa naszych lekarzy wojskowych w misjach zagranicznych właśnie w kwestiach covidu. Te doświadczenia są niezwykle interesujące. Zachęcam do uważnego wysłuchania. O tym, że jest dyrektorem, chyba wszyscy wiedzą. Dziękuję.

Dyrektor WIM gen. dyw. Grzegorz Gielerak:

Dziękuję bardzo za miłe słowa. To zasługa mojego zespołu, zaangażowania i poświęcenia tych ludzi, ale dzięki temu osiągamy właśnie tak dobre wyniki. To miło. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Epizod europejski zakażenia koronawirusem rozpoczął się – jak wszyscy pamiętamy – w okolicach stycznia i lutego 2020 r. W końcu marca Wojskowy Instytut Medyczny podjął decyzję. To się stało dokładnie w dniu czy decyzja została podjęta dokładnie w dniu, który państwo pamiętają, gdy w Rzymie wylądowała misja pomocowa z Rosji. Tego samego dnia została podjęta decyzja o tym, że taka sama misja zostanie zorganizowana również przez Wojskowy Instytut Medyczny. Były dwa cele misji skierowanej do Lombardii. Pierwszy był – oczywiście – cel pomocowy, humanitarny. Wysłaliśmy tam zespół ratowników, pielęgniarek oraz lekarzy do pomocy w walce z epidemią. Jednocześnie równoległym i bardzo ważnym celem było zebranie wszystkich informacji niezbędnych do właściwego przygotowania się w kraju do walki z epidemią. Obszarem zainteresowania były przede wszystkim zagadnienia dotyczące sposobu organizacji systemu ochrony zdrowia tam, na miejscu i zarządzania kryzysowego. To były kwestie organizacji elementów wsparcia stacjonarnego systemu ochrony zdrowia. Dziś nazywamy te elementy szpitalami tymczasowymi. Celem było także zebranie wszelkich informacji dotyczących sposobu prowadzenia metod diagnostyki i terapii oraz procedur, które tam, na miejscu, były stosowane. Dość powiedzieć, że bezpośrednio po każdej misji – tak po misji włoskiej, a następnie w kolejności na przełomie kwietnia i maja była misja w Stanach Zjednoczonych, a także po misji słoweńskiej, która odbywała się niemalże równolegle z misją w Stanach Zjednoczonych – zostały przygotowane szczegółowe raporty. Najbardziej, co zrozumiałe, obszerny raport dotyczył misji w Lombardii. W tym raporcie zawarliśmy wszystkie szczegółowe informacje dotyczące tych trzech głównych obszarów, o których wspomniałem przed chwilą.

Jest to o tyle istotne, że informacje na ten temat zostały od razu szeroko opublikowane, tak przekazane administracji państwowej, jak również zamieszczone w sieciach – również w sieci internetowej – i wykorzystane w szkoleniach prowadzonych przy udziale zainteresowanego – i to bardzo szeroko zainteresowanego – personelu medycznego w kraju. Największymi i najciekawszym doświadczeniem, które również dzięki otwartości strony włoskiej przywieźliśmy, to było doświadczenie dotyczące sposobu organizacji elementów wsparcia infrastruktury stacjonarnej, czyli szpitali tymczasowych. Włosi podzielili się z nami w zasadzie wszystkimi informacjami. Tak dotyczącymi elementów infrastruktury budowlanej, jak i wyposażenia, niejako sposobu wpięcia tych elementów do stacjonarnego systemu ochrony zdrowia, roli im przypisanej itd., itd. Te wszystkie kwestie – jak wspominałem – opisaliśmy w raporcie. Ten raport w kwietniu 2020 r. – w końcówce kwietnia – został opublikowany. Do dziś jest dostępny. Można się w nim szczegółowo zapoznać, jak system ochrony zdrowia był organizowany we Włoszech i jaką rolę przypisano szpitalom tymczasowym. Wiele z tych doświadczeń – 3/4, a może nawet więcej – zachowuje swoją aktualność do dziś. To tylko pokazuje, jak dobrze strona włoska była zorganizowana i zaawansowana w przygotowania do walki z epidemią. Informacje, które zebraliśmy, przywieźliśmy dzięki temu do kraju.

Jeżeli chodzi o misję w Stanach Zjednoczonych, miała ona bardziej charakter wymiany doświadczeń. Można powiedzieć, że na tej misji znacznie więcej zyskała strona amerykańska. Z wiadomych względów. Biorąc pod uwagę ograniczenia formalnoprawne, które obowiązują lekarzy spoza Stanów Zjednoczonych, wiadomo, że nie ma tam możliwości, żeby medycy z Europy mogli z marszu stanąć przy łóżku chorego. W związku z tym

Amerykanie uważnie zbierali wszystkie informacje, które przekazywaliśmy, zwłaszcza dotyczące naszej misji w Lombardii. Tutaj znowu nawiązuję do szpitali modułowych. Bardzo ważna i cenna informacja była taka, że szybko zrozumieli, jak istotną rolę odgrywają te szpitale w systemie ochrony zdrowia, zaangażowane w walkę z COVID-19. Między innymi centrum McCormick, które świeżo powstało, kiedy przyjechaliśmy, miało 3 tys. łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19. W ciągu 2 tygodni po zakończeniu naszej misji to centrum zostało rozformowane. Natomiast armia Stanów Zjednoczonych wystąpiła oficjalnie do strony polskiej z prośbą o przekazanie planów dotyczących organizacji, struktury i wyposażenia szpitali modułowych, tych, które mamy dzisiaj. Taki szpital funkcjonuje chociażby na terenie Wojskowego Instytutu Medycznego. Podobna sytuacja powtórzyła się również, jeśli chodzi o armię brytyjską. Brytyjczycy również wystąpili z taką prośbą, abyśmy się podzielili tymi doświadczeniami. Uznali, że one są – myślę, że to jest właściwe określenie – wybitne i idealnie pasują do tego modelu walki z epidemią. Jeśli chodzi o liczby przedstawiające poziom zaangażowania, może zacznę od personelu medycznego. Walkę rozpoczęliśmy bezpośrednio, realizację zadań wraz z drugą falą. Z pierwszą, ale druga była prawdziwym otwarciem. Jako Wojskowy Instytut Medyczny realizowaliśmy zadania walki z COVID tak w strukturze szpitala, jak i dwóch szpitali tymczasowych. Te szpitale – jak wspomniał pan minister – powstały, zostały uruchomione w marcu.

Dokładnie 1 marca oraz dwa tygodnie później. Pierwszego marca, to był szpital modułowy, a dwa tygodnie później szpital tymczasowy na Okęciu. Do dziś w obu szpitalach tymczasowych leczonych było 1150 osób, a w samym Wojskowym Instytucie Medycznym 1300 osób z COVID-19. Zatem, było to 2500 osób w trakcie walki z epidemią. To też warto podkreślić, dlaczego, jak albo dzięki czemu byliśmy w stanie tak szybko – zwłaszcza na początku trzeciej fali – podjąć się zadania organizacji walki z epidemią. Było to spowodowane m.in. tym, że korzystaliśmy z zasobów personelu medycznego Wojskowego Instytutu Medycznego i jednostek wojskowych. Szpital modułowy jest do dnia dzisiejszego w całości zabezpieczony przez personel medyczny Wojskowego Instytutu Medycznego. To jest 28 lekarzy oraz 184 pielęgniarki i ratownicy medyczni. Natomiast szpital tymczasowy jest zabezpieczony przez 13 lekarzy z WIM i 34 lekarzy z jednostek wojskowych, dzięki wsparciu dowództwa generalnego. Jeśli chodzi o pielęgniarki, jest to odpowiednio – WIM 103 i jednostki wojskowe 23. Dzięki zaangażowaniu tych ludzi i dostępności tego personelu szpital modułowy w momencie wydania przez ministra zdrowia decyzji o konieczności jego ponownego uruchomienia na początku trzeciej fali uruchomiliśmy w ciągu 7 dni. To pokazuje sprawność tej formuły działalności.

Myślę, że to też warto podkreślić, że koszt związany z powstaniem tego szpitala, to 18 mln zł. Infrastruktura i wyposażenie medyczne, to 20 mln zł. Czyli za 38 mln zł mamy kompletną strukturę, której trwałość technologiczną można ocenić na co najmniej 10–15 lat. Zatem jest to jednorazowy wydatek. Za to sposób organizacji, biorąc pod uwagę strefy ochronne i możliwości techniczne, jeśli chodzi o zgromadzony tam sprzęt medyczny, dają możliwości prowadzenia terapii, w tym intensywnej terapii, na bieżąco nawet u 60, a w krytycznych sytuacjach u 120 osób, bo jest do tego przystosowany. Ma odpowiednie podpięcia do tego. To jest warte podkreślenia, że może działać nie tylko w przypadku kryzysu, jakim jest kryzys epidemiczny, ale każdego kryzysu, który wymaga masowego użycia systemu ochrony zdrowia. To warte podkreślenia dlatego, że tego typu szpitale – wielokrotnie to podkreślałem i podnosiłem – powinny – należałoby to przemyśleć – stać się elementem infrastruktury wspierającej stacjonarny system ochrony zdrowia na terenie całego kraju.

Zatem kilkanaście tego typu powinno funkcjonować na terenie całego kraju jako elementy wsparcia systemu bezpieczeństwa państwa. Są one naprawdę sprawdzone i przede wszystkim – jak powiedziałem – trwałe. Wiążą się z jednorazowym wydatkiem, który ponosi państwo. Więcej już takich kosztów ponosić nie trzeba. Ważnym elementem, którzy też wykorzystywaliśmy w trakcie epidemii, jest to – wspominałem o tym – że na bieżąco dzieliliśmy się ze środowiskiem medycznym doświadczeniami związanymi z walką z COVID. Włączaliśmy w tę epidemię młodych adeptów sztuki. Personel medyczny, studenci Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

począwszy od drugiej fali byli na bieżąco angażowani. Dokładnie jest to liczba 900 osób, które przeszły ten cykl. Może inaczej, 900 jednostek ludzkich, bo tylu osób nie ma, przeszło ten cykl szkoleniowy. Zatem można powiedzieć, że mieli bezpośredni kontakt z sytuacją kryzysową i na bieżąco uczyliśmy ich, jak w takich sytuacjach reagować, jak się zachowywać.

Informacje zwrotne, które uzyskaliśmy od tych ludzi, są bardzo budujące. To było im bardzo potrzebne. Jak wskazywały informacje prasowe, było to zauważane przez pacjentów, że pojawił się młody personel medyczny, który był bardzo zaangażowany, wspierał i uczestniczył w walce z COVID-19.

Z mojej strony – panie przewodniczący – to wszystko. Dziękuję bardzo.

Sekretarz stanu w MON Wojciech Skurkiewicz:

Tylko krótko to uzupełnię, bo też – szczególnie w ostatnim czasie – odnośnie do naszej młodzieży, do podchorążych wprowadziliśmy delikatną modyfikację. W związku z tym, że na przełomie stycznia i lutego rozpoczęła się sesja na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, wycofaliśmy naszych podchorążych z pomocy w szpitalu tymczasowym. Zastąpiliśmy ich podchorążymi z Wojskowej Akademii Technicznej. To chyba też możemy powiedzieć, panie generale, że z zaangażowaniem i oddaniem wspierali prace medyków w naszym szpitalu tymczasowym na Okęciu. Staramy się też inne grupy naszej młodzieży, naszych podchorążych, angażować w te działania. Panie przewodniczący, jesteśmy do dyspozycji, jeżeli chodzi o kwestie dotyczące służby zdrowia.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Rozumiem. Dziękuję panom. Teraz otwieram dyskusję. Jako pierwszy zgłosił się pan poseł Radosław Lubczyk. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Radosław Lubczyk (KP):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, panie ministrze, panowie generałowie, panie profesorze, pani dyrektor, po pierwsze, chciałbym podziękować. Większość członków Komisji mnie zna. Jestem lekarzem. Skończyłem Akademię Medyczną w Warszawie i Wyższą Szkołę Oficerską we Wrocławiu. Niestety, nie było mi dane studiować w Wojskowej Akademii Medycznej, ponieważ kiedy zdawałem na studia, nie było naboru. Musiałem wybrać drogę cywilno-wojskową. Toteż chciałbym w imieniu wszystkich studentów podziękować za to, że dzisiaj taka możliwość jest. Ze studenci w Wojskowej Akademii Medycznej – wiem, że to jest inna formuła – mogą studiować.

Pan minister powiedział, że w telegraficznym skrócie opisze kwestie zdrowia. Ten telegraficzny skrót rozwiązał kwestię wielu moich pytań, które chciałem zadać panu ministrowi. Jednak kilka pytań pozostało. Szanowni państwo, pierwsze pytanie. Pan minister już o tym powiedział, ale do końca nie zrozumiałem albo nie zostało to dobrze sprecyzowane. Usłyszałem, że w wojsku mamy ponad 4 tys. lekarzy, ale tylko 331 jest w mundurze. Czy dobrze zrozumiałem? To jest moje pierwsze pytanie. Kolejne pytanie. Pan minister powiedział, że mamy 1456 miejsc specjalizacyjnych. Powiem, że to jest zagadnienie dużo szersze, które mnie dość mocno interesuje. Sam m.in. z tego powodu poszedłem do wojska, żeby zrobić specjalizację, bo to jest dość mocny argument. Wiemy, jak na rynku cywilnym wygląda robienie specjalizacji. Po prostu miejsc specjalizacyjnych brak. A tu słyszę, że mamy 1456 miejsc specjalizacyjnych. Moje pytanie brzmi tak. Czy to są miejsca specjalizacyjne zarezerwowane dla żołnierzy lekarzy? Czy to są miejsca specjalizacyjne również dla osób cywilnych? Rzeczywiście, to byłby dość mocny argument za tym, żeby ściągnąć lekarzy do wojska, chociażby możliwością zrobienia specjalizacji. Ja już kilka lat temu skończyłem Akademię Medyczną. Natomiast, moim zdaniem, wiele osób po prostu wyjechało za granicę robić specjalizację i – niestety – już nigdy do Polski nie wrócili, więc dla mnie jest to dość mocny argument, że miejsc specjalizacyjnych w wojsku jest aż tyle.

Moje kolejne pytanie. Nie mogę sobie teraz przypomnieć, ale 5 lat temu rozmawiałem z ministrem, który był odpowiedzialny za ochronę zdrowia w wojsku. To był pan profesor, który chyba został dyrektorem Zamku Królewskiego. Nie pamiętam…

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Profesor Fałkowski.

Poseł Radosław Lubczyk (KP):

Tak jest. Moje pytanie brzmiało wtedy tak. Czy przez ostatnie 5 lat zostało coś w tej kwestii zrobione? Chciałbym się dowiedzieć, czy zostało zrobione, a jeśli tak, co zostało zrobione. Mówiłem dość jasno, że bardzo ciężko będzie zatrzymać młodych lekarzy czy w ogóle lekarzy w mundurze, bo widzimy, jak dzisiaj wygląda rynek cywilny. Pensje oficerskie są, jakie są. Oczywiście, to nie są małe pieniądze. Natomiast na rynku cywilnym pensje są dużo większe. Rzeczywiście młodzi ludzie rezygnują m.in. z tego tytułu, że na rynku cywilnym mogą zarobić dużo więcej. Moje pytanie jest tego typu. Czy ze studentami Wojskowej Akademii Medycznej są podpisane jakieś klauzule? Czy muszą przepracować ileś lat w wojsku, zanim odejdą? Czy po skończeniu studiów mogą odejść ze służby bez żadnych konsekwencji? Jak to jest zrobione? Jak to jest zabezpieczone? Czy rzeczywiście mamy jakieś zabezpieczenie? Jeśli mamy, to jak ono wygląda? Ile lat mają służyć? Czy może mają zwrócić pieniądze za studia?

À propos specjalizacji, troszkę było tu powiedziane, ale jednak chciałbym dopytać i to doprecyzować. Rozumiem, że dla lekarza – czy to jest lekarz wojskowy, czy to jest lekarz cywilny – najważniejsze w jego zawodzie jest zrobienie specjalizacji. Cały czas mam kontakt z młodymi ludźmi, którzy są lekarzami i pracują w wojsku. Jak powiedział pan generał, większość oficerów wyraża taką zgodę. Rzeczywiście, w większości miejsc takiego problemu nie ma, ale zdarzają się takie miejsca, w których dowódcy rzeczywiście nie chcą wyrażać na to zgody. Co ci młodzi ludzie mają zrobić? Czy jest jakiś sposób, żeby poprosić dowódcę, żeby takie zgody wyraził? Pan generał powiedział, że to nie jest 100%, tylko dziewięćdziesiąt ileś procent.

Kolejne moje pytanie. Czy są jeszcze w ogóle… Czy w ogóle funkcjonują gabinety stomatologiczne w wojsku? To jest kolejne pytanie. Chciałbym jeszcze dopytać o sytuację finansową. Rozumiem patrząc na szpitale cywilne, że większość tych szpitali boryka się ze sporymi długami. Moje pytanie jest takie. Jakie jest finansowanie szpitali wojskowych? Rozumiem, że jest finansowanie z NFZ. To jest jakby standardowa procedura taka sama, jak w szpitalach cywilnych. Czy Ministerstwo Zdrowia też dokłada część finansową ze swojej działki? Rozumiem, że zysk szpitala wojskowego czy lekarzy wojskowych jest taki, że po prostu dostają pensję wojskową. Nie ukrywajmy, że ona jest dużo niższa niż w szpitalach cywilnych. Czy te pieniądze, które dostają lekarze oficerowie są pieniędzmi z MON? Czy to są pieniądze związane z budżetem NFZ? Czy to są oddzielne pieniądze? Nie wiem, czy to pytanie jest zrozumiałe.

Kolejne pytanie. To też poruszałem 5 lat temu. Co w tej kwestii się stało? Mówiłem np. o tym, że wojskowe karetki stoją w jednostkach. Czy prowadzone są jakieś prace nad tym, żeby włączyć te karetki do systemu państwowego? Wiele razy tak się zdarza, że po prostu w szpitalu wszystkie karetki wyjechały, a jest jakieś zdarzenie. Wtedy można byłoby uruchomić taką karetkę, która stacjonuje w wojsku i w tym momencie nie bierze udziału w żadnym zabezpieczeniu i po prostu jest do dyspozycji. Czy są takie rozmowy? Czy trwają prace nad tym, żeby te karetki wprowadzić do systemu państwowego? Moje kolejne pytanie. Pan minister wymienił szpitale i jednostki. Troszkę ich jest. Chciałbym zapytać o współpracę z samorządami. Przecież można podać przykład. Podam przykład z mojego regionu wyborczego, czyli szpital w Wałczu, który jest szpitalem wojskowym, ale jednak obsługuje powiaty wokoło. Czy jest współpraca takiego szpitala z samorządami? Czy dyskutowane są z samorządami potrzeby danego powiatu?

Rozumiem, że szpital wojskowy ma swoją myśl, ale potrzeby medyczne danego powiatu są takie, jakie są. Czy są rozmowy pomiędzy komendantami czy dyrektorami, a starostami czy marszałkami? Jaka jest ta współpraca? Kolejne pytanie jest takie. Jeśli samorząd chce zakupić jakiś sprzęt do szpitala wojskowego, czy to się dzieje? Czy takie sytuacje się zdarzają? Rozumiem, że szpital wojskowy ma swoją rangę, ale są samorządy, które chcą wspomagać lokalnie te szpitale. Kolejne pytanie. Oczywiście, to nie jest nic personalnego. To pytanie wywołał pan minister mówiąc, że wszystkie szpitale będą miały swoich komendantów, bo do tej pory w szpitalach też byli dyrektorzy. Oni

są wymieniani. Chciałbym państwu powiedzieć – zresztą jest z nami pani dyrektor – czy również na stanowisku szefa służby zdrowia będzie zmiana na żołnierza? Czy zostanie tu etat cywilny? Nie chcę określać, czy to jest dobrze rządzone czy nie. To nie jest pytanie, do którego zmierzam. Zmierzam do tego, czy rzeczywiście komendant czy osoba odpowiedzialna za ochronę zdrowia w wojsku, to też będzie etat wojskowy? Czy zostanie etatem cywilnym? To na teraz tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję.

Poseł Radosław Lubczyk (KP):

A, jeszcze jedno, jeśli mogę. Przepraszam. Chciałbym też zapytać o Wojska Obrony Terytorialnej. Czy mamy tam dane statystyczne? Ilu mamy tam ludzi, którzy mają do czynienia z ochroną zdrowia?

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Czy są jeszcze jakieś pytania? Nie. To pozwolę sobie zadać jedno, a właściwie dwa. Jedno istotne, a drugie mniej. Otrzymaliśmy bardzo pokaźną wiedzę na temat doświadczeń. Na temat tego, co się działo. Interesuje mnie, czy te doświadczenia zostały przepracowane w ten sposób, żeby przygotować strategię na wypadek powtórzenia się czegoś podobnego w przyszłości? Rozumiem, że te doświadczenia są cenne. Czy to wpłynęło i jak to wpłynęło na strategiczne planowanie bezpieczeństwa sił zbrojnych, ale i państwa, na przyszłość w siłach zbrojnych czy w Ministerstwie Obrony Narodowej?

Drugie pytanie chyba do pani dyrektor. W ostatnich kilkunastu dniach dowiedziałem się rewelacji z dwóch źródeł. Oczywiście, ja to dementuję, ale dobrym miejscem do ogłoszenia takiej informacji jest posiedzenie Komisji Obrony Narodowej parlamentu. Dowiedziałem się, że wojskowe przychodnie psychologiczne będą likwidowane. Przecież bez tego nie wyobrażam sobie rekrutacji żołnierzy. Jednak skoro pytanie jest z dwóch źródeł, to widocznie gdzieś idzie jakaś plotka. Myślę, że to jest dobre miejsce, żeby to potwierdzić. Teraz bardzo proszę o odpowiedzi na pytania, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MON Wojciech Skurkiewicz:

Postaram się po kolei. Poprosiłbym, żeby państwo też udzielali odpowiedzi. Co do pracowni psychologicznych, absolutnie nie. Nie mamy zamiaru likwidowania wojskowych pracowni psychologicznych. Co do tego nie ma najmniejszej wątpliwości i najmniejszej dyskusji. Co do obrony terytorialnej, przygotujemy panu posłowi odpowiedź na piśmie, żeby pan miał wiedzę. Bardzo często jest tak, że w Wojskach Obrony Terytorialnej służba medyczna składa się z tych osób, które służą w terytorialnej służbie wojskowej, lekarze, ratownicy medyczni czy pielęgniarki i pielęgniarze. Takie zestawienie przedstawimy odrębnie, chyba że poczekamy i przy okazji, jak będzie pan generał Kukuła, przedstawi szczegółowe informacje.

Szanowni państwo, nasze szpitale pracują w systemie otwartym. Jest tak, że wspierają cywilną służbę zdrowia. Bardzo często jest tak, że ją wyręczają czy zastępują. Tak np. szpital w Wałczu spełnia rolę szpitala powiatowego, a szpital w Żarach czy już bezpośrednio w Żaganiu – to jest druga część szpitala w Żarach – również. My też mamy wiele dylematów i problemów, bo np. wpływ na wynik finansowy szpitala w Żarach ma ta placówka, która jest w Żaganiu. Bardzo mocno ciąży na wyniku finansowym oddział ginekologiczno-położniczy, ale nie zamkniemy oddziału ginekologiczno-położniczego, bo jest jedyny w promieniu kilkudziesięciu kilometrów. Samorządowcy błagalnie proszą, żeby tego oddziału nie likwidować. Zdajemy sobie sprawę, że utrzymywanie go z finansowego punktu widzenia placówki medycznej jest problematyczne. To, tak mówiąc najdelikatniej, więc różnie to bywa. Ale współpraca z lokalnymi społecznościami jest i musi być.

Również przepisy prawa nie zabraniają dokonywania różnych donacji i zakupów na rzecz służby zdrowia, której organem tworzącym jest minister obrony narodowej, tym bardziej proszę mieć świadomość, że Ministerstwo Obrony Narodowej ma bardzo ograniczone możliwości w zakresie finansowania służby zdrowia. Jak pan słusznie powiedział, kluczowym źródłem dochodów dla tych szpitali jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. To, co może dziś zrobić minister obrony narodowej, to jedynie prowadzić

inwestycje – remonty, dodatkowe naniesienia budowlane, inwestycje, które są zapisane w planie inwestycji budowlanych czy np. zakupy sprzętu, które są związane z realizacją planu modernizacji technicznej. Plan modernizacji technicznej, to nie tylko samoloty i śmigłowce, ale również te rzeczy, które kupujemy na potrzeby służby zdrowia. W tym przypadku mamy naprawdę ograniczone pole manewru.

Aczkolwiek muszę powiedzieć, że analizujemy praktycznie co kwartał sytuację i kondycję finansową naszych podmiotów i możemy powiedzieć, że jest dobrze. Na pewno jesteśmy lepiej zarządzanymi podmiotami czy lepiej finansującymi się niż wiele szpitali cywilnej służby zdrowia, np. w moim rodzinnym mieście Radomiu. Ale to są też kwestie zarządzania. Proszę mieć świadomość, że mamy w tym zakresie związane ręce. Oczywiście, jako organ tworzący, w sytuacji, kiedy szpital ma stratę, musimy tę stratę pokryć. Ale to nie są jakieś, nie wiadomo jakie, gigantyczne środki finansowe. Zdarzały się takie sytuacje w ostatnich latach. Bodajże przypominam sobie cztery takie sytuacje. Takie decyzje podpisywałem odnośnie do pokrycia strat naszych szpitali na koniec roku.

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o specjalizacje, nie ma rozgraniczenia na pracowników cywilnych i żołnierzy. Tutaj są równe szanse. Oczywiście, jest tak, że wprowadziliśmy kilka zmian. Wprowadziliśmy kilka zmian, bo – jak powiedziałem na początku – kierunków specjalizacyjnych mamy 59. Zależało nam na tym, żeby realizowane były przynajmniej te specjalizacje, dotyczące lekarzy w mundurach, które są ważne, kluczowe z punktu widzenia obronności i wojska. W 2016 r. i w kolejnych latach… Do 2016 r. wysyłaliśmy sporo osób na takie specjalizacje, jak np. medycyna estetyczna itp. Dokonaliśmy pewnych zmian w tym zakresie. Zależy nam na tym, żeby mieć jak najwięcej anestezjologów. Czy tak, panie profesorze? Bo brakuje nam ich permanentnie. Brakuje chirurgów, kardiologów itd. To jest to, na czym nam szczególnie zależy.

Szanowni państwo, powiem coś, co spotkało się może z niezbyt wielką przychylnością. Zdecydowaliśmy, że jeżeli chodzi o specjalizacje, dajemy też szansę młodym lekarzom. Wstrzymujemy takie decyzje, że np. lekarz robi czwartą specjalizację, bo takie przypadki też się – niestety – zdarzają. Proszę mieć świadomość, że każda specjalizacja, to ograniczenie funkcjonowania w naszej placówce przez tego lekarza przez kilka lat. To jest dla nas poważna trudność, aczkolwiek absolutnie nie zamykamy tego, wręcz zachęcamy, jeżeli chodzi o rozwijanie się zawodowe. Młodzi lekarze. Każdy podpisuje swoisty kontrakt na związanie się z mundurem na okres nie krótszy niż 12 lat. Czyli podchorąży, który kończy Uniwersytet Medyczny na Wydziale Wojskowo-Lekarskim, a teraz już lekarskim, musi odsłużyć 12 lat. Oczywiście, może odejść wcześniej, ale to się wiąże z pokryciem kosztów nauki, szkolenia na studiach medycznych. To jest jedna rzecz. Staramy się, żeby te osoby, które kończą nasz Uniwersytet Medyczny w Łodzi i są kierowane do jednostek, miały szansę na rozwój, żeby mogły się rozwijać. Nie ukrywamy tego. Już to mówiłem na posiedzeniu Komisji, a teraz to powtórzę. Jeżeli chodzi o wojskową służbę zdrowia, szczególnie tę, o której mówił pan generał Owczarek, mamy ogromne deficyty. Dzisiaj, jeżeli chodzi o stanowiska lekarzy, mamy w wojsku ponad 400 wakatów. A 400 wakatów, to jest to, że inni lekarze, którzy są w służbie, muszą te luki wypełnić. Dlatego zwiększamy liczbę studentów medycyny wojskowej. To jest rzecz bardzo ważna. Kluczowa. Tutaj się absolutnie nie zatrzymamy, ale myślę, że już państwo to uzupełnią, te pozostałe. Jeszcze pani dyrektor odnośnie do tych specjalizacji i panowie generałowie.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Bardzo proszę. Pani dyrektor Ostrowska.

Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w MON Aurelia Ostrowska:

Proszę państwa, mamy miejsca specjalizacyjne, do których dostęp mają absolutnie wszyscy. W informacji, którą przedstawiał pan minister przekazaliśmy, że dysponujemy 1456 miejscami specjalizacyjnymi w 56 dziedzinach medycyny. W tej chwili mamy 510 lekarzy. To są lekarze po stronie wojskowej służby zdrowia. Przekazywaliśmy, że to jest 346 żołnierzy zawodowych i 160 pracowników cywilnych. Poza tym mamy 560 lekarzy cywilnych, którym udostępniliśmy miejsca specjalizacyjne. Miejsc specjalizacyjnych mamy dużo z tego powodu, że musimy patrzeć i myśleć strategicznie. Jeżeli siły zbrojne będą w ciągu najbliższych kilku lat ulegały znacznemu wzrostowi, to dla nas, pracujących w obszarze sił zbrojnych resortu

obrony narodowej, oczywistą sprawą jest to, że w ślad za zwiększoną liczbą żołnierzy musi być zwiększona liczba lekarzy.

Nie jest tak, że żołnierze sobie, a wojskowa służba zdrowia sobie. Tam, gdzie jest żołnierz, tam musi być zabezpieczenie medyczne. Udostępniamy te miejsca. Staramy się o kolejne specjalizacje. Natomiast prawda jest taka, że jest pewna liczba miejsc specjalizacyjnych, które wśród młodzieży – i cywilnej, i wojskowej – nie cieszą się absolutnie żadnym zainteresowaniem. To, co dzisiaj młodzież interesuje – również naszą, wojskową, czyli absolwentów wydziału lekarskiego – to chirurgia plastyczna, ginekologia i położnictwo, pediatria, ale najczęściej chirurgia plastyczna. Dermatologia, dla której ludzie są gotowi jeździć na szkolenia specjalizacyjne z drugiego końca Polski. Wprowadziliśmy priorytetowe specjalności medyczne, które są potrzebne siłom zbrojnym. Te 12 lat, które mamy jakby w zanadrzu, daje nam taką możliwość, że człowiek kończy studia. Przypomnę, że wszystko od początku do końca jest finansowane z budżetu MON. Wikt, opierunek, żołd, koszty studiów medycznych, pierwsze miejsce stażu, pierwsze miejsce pracy i specjalizacja. To wszystko, to są koszty po stronie MON.

To, co jeszcze robię osobiście, to kiedy tylko znajdę jakąś wolną chwilę, przeglądam system online i zapraszam lekarzy, których mamy w siłach zbrojnych, a którzy nie mają specjalizacji. Przekonuję ich do tego, żeby takie działania podjęli, żeby tę specjalizację zdobyli. Zadaję im pytanie, co będą robić w życiu cywilnym, jeśli kiedyś porzucą mundur będąc lekarzem bez specjalizacji. Chyba nie planują pracy w charakterze osoby odbierającej telefony w call center albo w jakimś innym miejscu. Nasze miejsca specjalizacyjne cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem wśród cywili. Natomiast wiadomo, że krótko mówiąc wyniki LEK też są wyznacznikiem. To, co jeszcze jest szalenie istotne, to jest to, jak zatrzymać lekarzy w siłach zbrojnych. Można powiedzieć tak. W zestawieniu ze studentem cywilnym nasz podchorąży to jest człowiek, który ma naprawdę znakomite warunki do tego, żeby tylko się uczył. Inny student nie ma takich możliwości. Pamiętajmy o tym, że jesteśmy jedyną taką strukturą, która kształcąc lekarza wojskowego kształci jakby dwa w jednym. Z jednej strony kształcimy żołnierza, a z drugiej strony lekarza. Nasze kształcenie składa się z trzech modułów – z modułu medycznego, z modułu taktycznego i z modułu medycyny pola walki, którego nikt poza nami nie realizuje.

Sekretarz stanu w MON Wojciech Skurkiewicz:

Jeszcze pan generał Owczarek, ale chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedną kluczową kwestię. O tym mówił już pan generał. Jeżeli chodzi o żołnierzy lekarzy, pielęgniarzy i pielęgniarki i ratowników medycznych, praktycznie średnio 95% tych żołnierzy ma również zgodę swoich przełożonych na pracę w cywilnej służbie zdrowia. Z tym się zetknęliśmy. To nie jest problem. Tylko np. przy okazji pandemii koronawirusa artykułowane były do nas prośby o wydzielenie z naszych zasobów lekarzy, ratowników i pielęgniarzy, np. na zabezpieczenie szpitali tymczasowych i innych, które były uruchamiane w Polsce. Mieliśmy wtedy gigantyczny dylemat, czy te osoby, które pracowały cały czas w cywilnej służbie zdrowia, zabierać z cywilnej służby zdrowia i w drodze wydania rozkazu kierować je w jedno czy drugie miejsce. Zdecydowaliśmy, że jednak pozostawimy jest w tych miejscach, gdzie mieszkają, bo to byłoby bardzo źle odbierane.

To są też takie nasze wewnętrzne dylematy, jeżeli chodzi o użycie żołnierzy czy zaangażowanie ich na potrzeby obszaru cywilnego. Oni wszyscy mają zgody. Normalnie pracują i działają. Wspierają lokalną służbę zdrowia.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. Jeszcze pan generał. Bardzo proszę, panie generale. Generał Owczarek.

Inspektor rodzajów wojsk w DG RSZ gen. dyw. Sławomir Owczarek:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, dziękuję bardzo za te 95% i za uszczegółowienie tej odpowiedzi. Być może w tym, co przekazałem na początku, to gdzieś mogło uciec. Ale tak – 95%.

Druga rzecz, karetki sanitarne, pojazdy sanitarne. Posiadamy w dowództwie generalnym pojazdy sanitarne. To są pojazdy jednonoszowe, dwunoszowe i wielonoszowe. One nie mają takiego wyposażenia, jak karetki pogotowia. Te systemowe, które są w systemie.

Wracając do tych karetek, bo na stanie mamy troszeczkę tych karetek, ale one są stricte przeznaczone do specjalistycznych zadań. Takich jak bazy lotnicze, zabezpieczenie, jeżeli chodzi o loty i nie o loty. To także część tych pojazdów, które znajdują się w szpitalach klinicznych. Znajdują się także w Wojskach Specjalnych. Ale tu są zadania, które realizują. Po prostu muszą je mieć na wyposażeniu. I jeszcze pełne zabezpieczenie, jeżeli szkolimy nurków i realizujemy zadania z nurkami. Wtedy musimy to mieć, a można powiedzieć, że nie bierzemy tego z cywila i nie musimy płacić za to zabezpieczenie.

Trzeci temat, to doświadczenia. Bardzo duże doświadczenia zyskaliśmy, jeżeli chodzi o realizację walki z covidem, począwszy od spojrzenia na tzw. zdolność operacyjną, od struktur, poprzez różnego rodzaju przepisy, doktryny, wytyczne, także tzw. przywództwo, jeżeli chodzi o wykształcenie i szkolenie. To wszystko. W części o tym mówiłem, ale brakowało nam jeszcze jednego szpitala polowego. Panie ministrze, ten trzeci szpital polowy formujemy, tak będzie trzeci szpital polowy. Brakowało nam tzw. chemików. Nowy pododdział chemiczny będzie formowany. To też jest dla dobra nas, dla zdolności, których nam brakowało. Do tego, jeżeli popatrzylibyśmy na gamę laboratoriów medycznych – tych, które wymieniała pani dyrektor – i tego, co było na początku, a co było na końcu. I to, co mówiłem o laboratoriach mobilnych w dowództwie generalnym. Wychodziliśmy z jednym, tzw. niepełnym i bez zdolności, a wyszliśmy z dwoma mobilnymi, z pełnymi zdolnościami. Mało tego, przez ten okres podnieśliśmy ich zdolność. Można powiedzieć, że w tej chwili możemy je skierować w każdym kierunku w Polsce, a – jeżeli będzie taka decyzja – nawet świata, żeby realizować badania.

Był jeszcze poruszony temat pracowni psychologicznych. Muszę powiedzieć, że w wojskach operacyjnych mamy praktycznie w każdej jednostce psychologów. W chwili obecnej mamy 157 psychologów w dowództwie generalnym. Można powiedzieć, że obecnie świat idzie w takim kierunku, że każdemu dowódcy potrzebny jest psycholog, żeby prowadził pracę w danej jednostce z żołnierzami, z pododdziałami. Może nie tyle z pracownikami resortu, ale z pododdziałami żołnierzy, którzy realizują zadania. Wiemy doskonale, co wybuchało nam w pewnym momencie na granicy i jak to wsparcie psychologiczne… Między innymi dowódca operacyjny tłumaczył to i wypowiadał się w tym kierunku na wizji na jednej z odpraw. To znaczy, na jednym z posiedzeń. Panie przewodniczący, dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję, panie generale. Zgłasza się jeszcze pan generał Gielerak. Bardzo proszę.

Dyrektor WIM gen. dyw. Grzegorz Gielerak:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Może odniosę się do kwestii dotyczącej szkolenia i kształcenia, a to z tego tytułu, że Wojskowy Instytut Medyczny posiada z tej puli miejsc specjalizacyjnych, która tutaj padła, 51% dostępnej liczby miejsc. Zatem w dużej mierze szkolenie specjalizacyjne jest realizowane, jeżeli chodzi o personel sił zbrojnych, na bazie instytutu. Teraz bardzo istotna kwestia. Chciałbym to podnieść, bo pan poseł słusznie zauważył, że motywacją finansową nie zbudujemy chęci lekarzy wojskowych do tego, żeby zostali w mundurze. Przepaść jest ogromna w tym względzie. Tak, jak kiedyś była przepaść w drugą stronę, tak dzisiaj – niestety – ona jest na niekorzyść lekarzy wojskowych. Stąd, korzystając m.in. z doświadczeń z misji afgańskiej, zbudowaliśmy w ramach systemu kształcenia system motywacji personelu poprzez tworzenie doskonałych warunków do podnoszenia umiejętności zawodowych. Wojskowy Instytut Medyczny jest dziś na pewno jedyną w tej części Europy – mówię o części środkowo-wschodniej, ale też o strukturach NATO w Europie – placówką, która posiada jednolitą platformę szkolenia zawodowego przeznaczonego przede wszystkim dla lekarzy, ale również dla pielęgniarek i dla ratowników medycznych, składającą się z trzech modułów. Zatem człowiek wchodzi i kształci się w obszarze kształcenia podstawowego w Centrum Kształcenia Podyplomowego. Następnie ma wstępne kształcenie praktyczne w obszarze symulacji medycznych. Następnie doskonali swoje umiejętności w powstałym w 2011 r. w WIM Centrum Urazowym.

Nadmienię tylko, że obrażenia wielonarządowe, które leczymy w tym centrum, są obok postrzałów drugim w kolejności najczęstszym obrażeniem pola walki. To jest

taki przykład. Ta sytuacja doskonale pokazuje, że dzięki temu modelowi, po pierwsze, budujemy wśród tych ludzi motywację do tego, żeby chcieli zostać w służbie. Po drugie, podnosimy ich kwalifikacje. A zatem zdobywamy specjalistów, którzy są przeznaczeni do tego, aby zabezpieczyć potrzeby sił zbrojnych, ale nie tylko. Tu chciałbym też podkreślić, że na żadnym etapie kształcenia w Polsce, tak przeddyplomowego, jak i kształcenia specjalizacyjnego, nie ma elementów kształcenia z obszaru szeroko rozumianej medycyny pola walki. Czy to będzie rana postrzałowa czy rana kłuta nożem, takiego modelu kształcenia w Polsce nie ma. Między innymi wojskowa służba zdrowia i to, co robimy, wypełniają tę lukę.

Wspominałem i odwoływałem się do kwestii doświadczeń afgańskich. Był taki moment, kiedy zabezpieczaliśmy tę misję – mówię o siłach zbrojnych – gdy lekarzy wojskowych brakowało. Pierwszą reakcją, którą podjęło ówczesne kierownictwo resortu, było wywindowanie do bardzo wysokich kwot środków finansowych, które mieli otrzymywać lekarze jako motywację do tego, żeby chcieli wyjechać na misję. Proszę sobie wyobrazić, że wynagrodzenie lekarza w stopniu podpułkownika odpowiadało wówczas wynagrodzeniu dowódcy kontyngentu. Ale okazało się niewystarczające do tego, żeby znalazły się takie osoby. Szybko znaleźliśmy odpowiedź na pytanie, dlaczego? No, właśnie. Nie w pieniądzach jest rzecz, tylko w kompetencjach. W momencie, kiedy stworzyliśmy na bazie Centrum Urazowego i tego modelu, jednolitej platformy kształcenia, stworzyliśmy w WIM warunki do tego, żeby ci ludzie – zanim wyjadą na misje – mogli doskonalić swoje umiejętności tak, żeby tam, na miejscu, stawić czoła wyjątkowym sytuacjom…

Przypomnę, że wielu kolegów, zwłaszcza zabiegowców, jest wybitnymi specjalistami w dziedzinie chirurgii miękkiej czy twardej, a tam, na miejscu, muszą być neurochirurgami, chirurgami naczyniowymi, chirurgami miękkimi i chirurgami twardymi. Nabycie tych umiejętności wymaga wcześniejszego przygotowania. Są trzymiesięczne cykle szkolenia właśnie na podstawie tego, co stworzyliśmy w naszym instytucie. To pozwoliło doprowadzić do takiej sytuacji, że skończyły się nasze problemy kadrowe. Nawet w pewnym momencie Amerykanie z pobliskiego szpitala w Ghazni nie mogli wyjść z podziwu, jak to się dzieje, że w obsadzie tamtejszego polskiego szpitala znajduje się trzech lekarzy ze stopniem doktora oraz dwóch profesorów. Nie mogli tego zrozumieć, jak to robimy, że zgromadziliśmy tak doskonale wykształconą kadrę.

Potwierdzeniem tego, jak nas cenili, było to, że kiedy byli w potrzebie bez żadnego problemu wymienialiśmy się wzajemnie. Zatem nasi stawali przy stole w szpitalu amerykańskim, a jeśli była taka potrzeba, było odwrotnie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję.

Sekretarz stanu w MON Wojciech Skurkiewicz:

Szanowni państwo, dziś nasza służba zdrowia jest wielowątkowa, wieloaspektowa. Gabinety stomatologiczne też są. Opieka stomatologiczna jest. Przypomnę również, że do tej pory na czele kiedyś Inspektoratu Zdrowia, a dziś Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia stał oficer. Teraz dzierży to pani dyrektor jako osoba cywilna, chyba po raz pierwszy i radzi sobie doskonale, rządząc męską dłonią. Aczkolwiek też pragnę zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię odnośnie do komendantów. Wojskowy Instytut Medyczny jest matką, jeżeli chodzi o naszą służbę zdrowia i o nasze szpitale, bo tu są konsultacje. Tutaj nasi profesorowie – pan generał, profesorowie i osoby, które są w naszym instytucie – zawsze służą pomocą. To się odbywa poprzez różnego rodzaju seminaria, bezpośrednie spotkania, webinaria czy inne formy doskonalenia i kształcenia.

Zdajemy sobie sprawę, że potencjał Wojskowego Instytutu Medycznego jest gigantyczny. Pozostałe placówki absolutnie muszą z tego korzystać. Nie powinno też państwa dziwić, że jeżeli chodzi o lekarzy w mundurach, to jednak najwięcej z nich służy w Wojskowym Instytucie Medycznym. Są trzy wiodące szpitale. Oczywiście, Wojskowy Instytut Medyczny jest daleko z przodu. Ale również spora grupa jest w Bydgoszczy. Spora grupa jest również we Wrocławiu. Dlaczego? Dlatego, że w Bydgoszczy i we Wrocławiu są nasze dwa szpitale polowe – 1. Szpital Polowy i 2. Szpital Polowy. Również nasze szpitale kliniczne w Bydgoszczy i we Wrocławiu są szczególnie ważne dla funkcjonowania naszych

szpitali polowych. Tutaj generał Owczarek – mówiąc językiem młodzieżowym – troszeczkę się wysypał. Rzeczywiście, prowadzimy prace… To są właśnie nasze doświadczenia, które przekuwamy w czyn. To jest konieczność stworzenia trzeciego szpitala polowego jako szpitala instytucjonalnego. Chciałbym, żeby państwo jako członkowie sejmowej Komisji Obrony Narodowej nie traktowali szpitala polowego tak, że to jest namiot, w którym ktoś się krząta. Nie. To jest bardzo duża, rozbudowana instytucja medyczna, szpitalna, która ma etaty liczące – panie generale, chyba możemy to powiedzieć – ponad 300 osób, więc jest bardzo rozbudowana. Stworzenie takiego instytucjonalnego trzeciego szpitala polowego jest też rzeczą kluczową, ale nie poddajemy się. Pomimo różnych oporów i braków, idziemy w tym zakresie do przodu.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Nie widzę pytań. Jeszcze coś? Bardzo proszę. Pan poseł Lubczyk.

Poseł Radosław Lubczyk (KP):

Panie ministrze, jeszcze jedno pytanie, które mi umknęło. Czy ze względu na sytuację geopolityczną robimy coś w wojskowej służbie ochrony zdrowia? Czy przygotowujemy się na sytuację, która może się zdarzyć na Ukrainie? Czy w tej kwestii coś jest robione? To tylko tyle.

Sekretarz stanu w MON Wojciech Skurkiewicz:

Z wojskowego punktu widzenia jesteśmy gotowi, zwarci i przygotowani. Z cywilnego punktu widzenia wiele się dzieje, ale to nie jest miejsce i forum, żeby o tym mówić. Zapewniam pana, że działamy. Korzystamy i mam nadzieję, że również obszar cywilny będzie korzystał z doświadczeń naszych szpitali wojskowych, a szczególnie Wojskowego Instytutu Medycznego. Proszę mieć świadomość, że kto, jak nie WIM, ma doświadczenie w leczeniu i zaopatrywaniu ran postrzałowych i tych, które wynikają z różnego rodzaju działań kinetycznych, postrzałów i tym podobnych rzeczy.

Dyrektor WIM gen. dyw. Grzegorz Gielerak:

Aż 96–98% leczonych żołnierzy, rannych na misjach w Iraku i w Afganistanie, było leczonych w WIM. Zatem to liczba idąca w setki. To grubo ponad 300 osób bezpośrednio hospitalizowanych. To potężne doświadczenia. Prowadzone na tej bazie badania mają również na celu zwiększenie odporności czy zmniejszenie ryzyka urazów chociażby związanych ze stosowaniem min pułapek wobec naszych transporterów opancerzonych i znajdujących się w nich żołnierzy.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że wyczerpaliśmy nasze wszystkie wątpliwości. Bardzo państwu dziękujemy za niezwykle dla mnie interesującą informację. Mam nadzieję, że interesującą również dla moich koleżanek i kolegów. Dziękujemy za wielką pracę, którą wykonuje wojskowa służba zdrowia – poczynając od cywilnego dyrektora, a kończąc na szeregowcu, który służy gdzieś w szpitalu polowym i wykonuje zadania na rzecz sił zbrojnych i na rzecz ludności cywilnej. Dziękujemy państwu za informację. Dziękujemy za to, co państwo robią i życzymy dalszych sukcesów, żeby nie brakowało pieniędzy i przede wszystkim, żeby nie brakowało lekarzy. Dziękujemy.

Ogłaszam chwilę przerwy. Podziękujemy naszym gościom. A my za chwilę przejdziemy jeszcze do ostatniego punktu.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Proszę państwa, przystępujemy teraz do realizacji pkt 3 dzisiejszego posiedzenia – do spraw bieżących. Pragnę państwa poinformować, że 8 lutego 2022 r. wpłynął na moje ręce wniosek o zmianę w prezydium Komisji, tj. o odwołanie pana posła Andrzeja Rozenka z funkcji zastępcy przewodniczącego Komisji. Zgodnie z art. 20 regulaminu Sejmu, komisja powołuje i odwołuje członków prezydium w głosowaniu jawnym większością głosów. Wniosek o odwołanie członka prezydium komisji może być rozpatrzony nie wcześniej niż trzeciego dnia i nie później niż trzydziestego dnia o jego złożenia. Wniosek

podpisany przez panów posłów Pawła Krutula i Roberta Obazę spełnia wymóg regulaminowy, więc poddam go pod głosowanie. Proszę bardzo. Pan przewodniczący Rozenek.

Poseł Andrzej Rozenek (PPS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ponieważ to mnie dotyczy, chciałem powiedzieć dwa słowa na ten temat. Nie znam uzasadnienia tego wniosku, ale domyślam się, że klub Lewicy zwraca się o to w związku z parytetami, które przysługują poszczególnym klubom i kołom poselskim. Otóż, prawda jest taka, że w 2019 r., kiedy zostałem wiceprzewodniczącym Komisji Obrony Narodowej w ramach parytetu Nowej Lewicy, Klub Parlamentarny Nowej Lewicy liczył wówczas 49 posłów i 2 senatorów. Klub Lewicy miał wówczas 12 członków w prezydiach komisji, czyli po jednym członku prezydium na 4 posłów. Tak mniej więcej ten przelicznik funkcjonuje. Obecnie Poselski Klub Lewicy liczy 44 posłów i ma 11 posłów w prezydiach komisji, czyli także wypada 1 członek prezydium komisji na 4 członków klubu.

W związku z utratą pięciu posłów jest w pełni uzasadnione, że klub Nowej Lewicy stracił też jedno miejsce wiceprzewodniczącego komisji. Żeby nie być gołosłownym, w chwili obecnej 7 posłów będących członkami kół poselskich, jest jednocześnie wiceprzewodniczącymi komisji. Tak np. 2 posłów z koła Konfederacja, 2 z koła Polskie Sprawy, 1 z koła Kukiz15, 1 z koła PPS i 1 poseł niezrzeszony. Wydaje mi się zatem, że od strony formalnej ten wniosek jest chybiony. Natomiast od strony merytorycznej pozostawiam państwo ocenie to, czy jako wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Obrony Narodowej nadaję się do pełnienia tej funkcji, czy nie, czy wypełniałem swoje obowiązki należycie, czy nie. Krótko mówiąc zwracam się do koleżanek i kolegów o to, żeby ten wniosek odrzucić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Bardzo proszę. Pan minister Grabarczyk.

Poseł Cezary Grabarczyk (KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, moim zdaniem ten wniosek powinien być wstępnie zaopiniowany przez prezydium. W ostatnim posiedzeniu prezydium brałem udział w zastępstwie pana posła Mroczka. Nie przypominam sobie, żeby ta sprawa była omawiana. W związku z tym proponuję, żebyśmy odroczyli głosowanie dzisiaj do czasu przedyskutowania tego wniosku i zaopiniowania go przez prezydium.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Panie przewodniczący, regulamin nie mówi nic o tym, że prezydium… Regulamin wyraźnie mówi, że wniosek składa się na piśmie. Nie wcześniej niż po trzech dniach wniosek może być głosowany bez opinii prezydium. O tym decyduje Komisja.

Poseł Cezary Grabarczyk (KO):

Przegłosujmy ten wniosek, żeby odroczyć głosowanie. To jest wniosek formalny. Odroczyć do czasu zaopiniowania tego wniosku przez prezydium.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Zatem przystępujemy do głosowania. Może najpierw sprawdzimy… Wiem, że sprawdzaliśmy. Dobrze. W takim razie przystępujemy do głosowania. Kto z pań i panów posłów jest za odroczeniem głosowania nad wnioskiem o odwołanie pana przewodniczącego Rozenka do czasu zaopiniowania wniosku przez prezydium Komisji? Proszę podnieść rękę. Proszę przycisnąć odpowiedni przycisk. Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Głosowało 33 posłów, za 15, przeciw 17, wstrzymał się 1. Wniosek nie uzyskał większości.

Pod wnioskiem podpisało się dwóch wnioskodawców. Czy zatem ktoś z wnioskodawców chce uzasadnić wniosek? Nie ma takiego obowiązku.

W związku z powyższym przystępujemy do głosowania. Kto z państwa posłów jest za odwołaniem pana posła Andrzeja Rozenka z funkcji zastępcy przewodniczącego Komisji? Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Głosowało 34 posłów, za 19, przeciw 14, wstrzymał się 1 poseł. Pan poseł Andrzej Rozenek został odwołany.

Bardzo proszę, panie pośle. Pan poseł Andrzej Rozenek prosi o głos.

Poseł Andrzej Rozenek (PPS):

W związku z tym chciałem bardzo podziękować, zarówno panu przewodniczącemu Jachowi za dotychczasową pracę, za dobrą współpracę w Komisji Obrony Narodowej, jak i naszym ekspertom z biura Komisji, którzy znakomicie nam pomagali. Oczywiście, deklaruję, że nadal będę się starał służyć swoją osobą najlepiej, jak mogę. No i cóż, rozumiem decyzję. Zgadzam się z wyrokiem większości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Jach (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący, panie pośle. Dziękuję za tę deklarację. Cieszy mnie to również.

Proszę państwa, jednocześnie posłowie podpisani pod wnioskiem złożyli wniosek o powołanie posła Marcina Kulaska na stanowisko zastępcy przewodniczącego. Ten wniosek też poddam pod głosowanie.

Przystępujemy do głosowania. Kto jest za powołaniem posła Marcina Kulaska na stanowisko zastępcy przewodniczącego? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Głosowało 31 posłów, za 27, nikt nie był przeciw, wstrzymało się 4 posłów.

Gratuluję, panie pośle. Witamy w prezydium. A państwu dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji Obrony Narodowej.